

KEHITYSVAMMAHUOLTOErityishuolto-ohjelmaan
esitettävät palvelut**Asiakkaan henkilötiedot**

Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	
Osoite	Puhelin
Lähiomaisen tai muun yhteys henkilön nimi	Puhelin
Edunvalvojan nimi ja yhteystiedot	Puhelin
<input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun vanhempien/omaisen luona <input type="checkbox"/> Asun asuntolassa	
Diagnoosi kehitysvammaisuudesta ja muut diagnoosit:	
Asiakkaan omat toiveet erityishuolto-ohjelman sisällöstä	
Perustelut	
Vanhempien/edunvalvojan toiveet erityishuolto-ohjelman sisällöstä	
Perustelut	

Allekirjoitukset

- Suostun samalla tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta
(Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 § 12-20)

Päiväys _____

Allekirjoitus _____
Asiakas, edunvalvoja tai omainen (nimen selvennys)**Mukana olevat liitteet**

- Lääkärin lausunto kehitysvammaisuudesta
 Kuntoutussuunnitelma
 Kuntoutussuunnitelma päivähoito
 Muu, mikä?

Lomakkeen palautus

Perusturvakuntayhtymä Akseli/EHO
Maskun sosiaalipalveluyksikkö
Keskuskaari 3, 21250 Masku

Lisätietoja antaa

Vammaispalvelujen sosiaalityöntekijä
Puh. 044 4357 832

Lomake saapunut pvm.Vastaanottajan allekirjoitus